



BEILAGE ZUR FACHZEITSCHRIFT SOZIALE SICHERHEIT
ERSTELLT DURCH DAS INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN IHS HealthEcon
Herausgegeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Health System Watch



Gesundheitszustand in der EU: Erzeugt Krankenversicherung mehr Wohlbefinden?

Schwerpunktthema: Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Leiden

Maria M. Hofmarcher, Monika Riedel, Gerald Röhrling *

Erzeugt Krankenversicherung mehr Wohlbefinden?

EinwohnerInnen in Sozialversicherungsländern der „alten“ EU schätzen ihr gesundheitliches Wohlbefinden im Durchschnitt deutlich besser ein als jene, die in steuerfinanzierten Ländern leben, und sie fühlen sich signifikant gesünder als Menschen in den „neuen“ EU-Ländern. Darüber hinaus finden wir einen positiven Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Wohlbefinden in Sozialversicherungsländern und der Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell. In Sozialversicherungsländern werden die meisten Gesundheitsleistungen dezentralisiert und häufig von privatrechtlich organisierten Anbietern erbracht. Sie verfügen darüber hinaus meist über einen umfangreicheren Krankenanstaltenbereich als vorwiegend steuerfinanzierte Länder. Die Kombination von hoher Versorgungsdichte und der Möglichkeit, auf jeder Versorgungsstufe relativ uneingeschränkt eine/n Arzt/Ärztin oder Einrichtung zu wählen, stärkt das Vertrauen der Versicherten in das Versorgungssystem und gibt Anreize, Anbieter auch in Anspruch zu nehmen. Dies wiederum könnte eine positive Auswirkung auf den Gesundheitszustand haben.

Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Leiden

Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Leiden kann nur bedingt als Indikator für den Gesundheitszustand herangezogen werden. Sowohl gesetzliche Regelungen als auch die Möglichkeit damit arbeitsmarktpolitische Akzente zu setzen, verzerren seine Aussagekraft. In der letzten Dekade haben die Krankenstandsdauern in Österreich abgenommen, jene mit psychiatrischer Diagnose aber zugenommen. Die typische Krankenstandsepisode mit psychiatrischer Diagnose dauert rund doppelt so lang wie die durchschnittliche Krankenstandsepisode über alle Diagnosen. Zudem ist die durchschnittliche Krankenstandsdauer gesunken, bei psychiatrischen Krankenständen aber etwas gestiegen. Angestellte sind von Arbeitsunfähigkeit infolge psychiatrischer Krankheiten stärker betroffen als Arbeiter, aber Arbeiterinnen sind doppelt so stark belastet wie Arbeiter. Der geschlechtsbezogene Unterschied bei den Arbeitern ist demnach deutlich ausgeprägter als bei Angestellten.

ERRATUM

In der Druckausgabe des Health System Watch 3/2004 sind bedauerlicherweise Fehler in der Beschriftung der Abbildungen 1 und 2 aufgetreten: In der Legende wurden die Bezeichnungen vertauscht. Eine korrigierte Version des Health System Watch kann kostenlos von der Internetseite http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw04_3d.pdf heruntergeladen werden.

* Alle Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon +43-1-59991-127, E-Mail: hofmarch@ihs.ac.at.
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>

Erzeugt
Krankenversi-
cherung mehr
Wohlbefinden?

Arbeitsun-
fähigkeit in-
folge psychi-
scher Leiden





Gesundheitszustand in der EU: Erzeugt Krankenversicherung mehr Wohlbefinden?

Die Gesundheitssysteme in Europa können im Wesentlichen in öffentlich organisierte Versorgungsmodelle (National Health System – NHS) und in Vertragsmodelle (Social Health Insurance – SHI) eingeteilt werden. Während sowohl in den NHS-Ländern (durch Steuern) als auch in den SHI-Ländern (durch Beiträge) die Versorgung öffentlich finanziert wird, werden im Gegensatz zu den NHS-Ländern die Leistungen in SHI-Ländern im Wesentlichen von privatrechtlich organisierten Anbietern erbracht. Diese stehen zumeist in einer Vertragsbeziehung mit den Krankenversicherungen. Wenngleich die Abgrenzung zwischen den Modellen nicht immer ganz eindeutig erfolgen kann, bedienen wir uns im folgenden Abschnitt dieser Kategorisierung und gehen der Frage nach, ob es im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Bevölkerungen Unterschiede zwischen den Versorgungsmodellen gibt. Dabei analysieren wir deskriptiv sowohl Daten zum subjektiven Gesundheitszustand als auch administrativ erhobene Indikatoren des Gesundheitszustandes und Informationen über die Zufriedenheit mit den jeweiligen Gesundheitssystemen. Obwohl die Mehrheit der neuen Mitgliedsstaaten (CEE) dem SHI-Typ zuzuordnen ist, erscheint es uns fairer, diese Ländergruppe getrennt zu behandeln, da in jenen Ländern gegenwärtig die Wirtschaftsleistung im Durchschnitt kaum 50 Prozent jener in der „alten“ EU erreicht.¹⁾

Ist selbsteingeschätzter Gesundheitszustand ein gutes Maß?

Als Maß zur Bestimmung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung werden auf Befragungsebene international verschiedene Instrumente verwendet. Einerseits führen die nationalen Statistikämter repräsentative Erhebungen durch, in denen die Interviewten ihren Gesundheitszustand selbst einschätzen sollen; in Österreich fand zuletzt 1999 im Rahmen des Mikrozensus eine derartige Spezialerhebung zum Thema Gesundheit statt. Die internationale Vergleichbarkeit dieser Befragungen ist jedoch eingeschränkt, da zum einen die Befragungszeitpunkte und -intervalle stark variieren und zum anderen nicht gewährleistet ist, dass die Fragestellung bzw. die Antwortkategorien in den verschiedenen Staaten identisch sind. Andererseits gibt es international standardisierte Befragungsinstrumente, die derartige Vergleichsprobleme ausschalten. Im Zuge des Europäischen Haushaltspanels (ECHP) werden die teilnehmenden Personen aufgefordert eine Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustandes abzugeben. Außerdem gibt es für das Jahr 2000 Ergebnisse einer von Statistik Austria im Auftrag der WHO durchgeführten Studie für Österreich, die einen länderübergreifenden Vergleich zulässt.²⁾ Ein aktuelleres Programm ist der „World Health Survey“³⁾ der WHO (2002), welcher eine umfassende Basisinformation zum Gesundheitszustand der Bevölkerungen gibt. Die Stichprobengröße betrug in jedem Land 5000 Personen und die Befragung richtete sich an Personen über 15 Jahre, die nach einem Zufallsstichprobenverfahren ausgewählt wurden.

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes bringt darüber hinaus auch andere Probleme mit sich. In einer australischen Analyse von Crossley und Kennedy⁴⁾ wurde eine zufällige Stichprobe von Befragten aufgefordert, eine Frage zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes zweimal zu beantworten – einmal bevor und einmal nach der Beantwortung zusätzlicher Fragen im Zusammenhang mit Gesundheit. Ergebnis der Untersuchung war, dass fast ein Drittel der Befragten die Einschätzung ihres Gesundheitszustand wechselten. Weiters konnte festgestellt werden, dass die Zuverlässigkeit der Antworten auch vom Alter, Einkommen und der Erwerbstätigkeit abhängt. Da die Beantwortung der Fragen auf freiwilliger Basis erfolgt, stehen in den verschiedenen Stichprobenerhebungen nicht für alle Personen Informationen zur Verfügung. Derartige Interviewausfälle können daher zu systematischen Fehlern in den Daten führen. Studien zeigen, dass sich unter denjenigen, die nicht antworten, überdurchschnittlich viele Personen mit gesundheitlichen Problemen finden.⁵⁾ Fremdauskünfte in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand sind weniger proble-

Ist selbsteingeschätzter Gesundheitszustand ein gutes Maß?



1) Vgl. Hofmarcher MM, Riedel M, Röhring G: Gesundheitsausgaben in der EU: Annäherung durch Erweiterung?, Schwerpunktthema: Gesundheit bleibt uns teuer – so what?, Health System Watch I/Frühjahr 2004, Tabelle A1, http://www.ihs.ac.at/departments/fin/HealthEcon/watch/hsw04_1d.pdf
2) Statistik Austria: Gesundheit und Gesundheitsversorgung, Ergebnisse einer WHO-Studie für Österreich, 2002.
3) Vgl. <http://www3.who.int/whs/>
4) Crossley TF, Kennedy S: The reliability of self-assessed health status, Journal of Health Economics 2002, 21, p. 643–658.



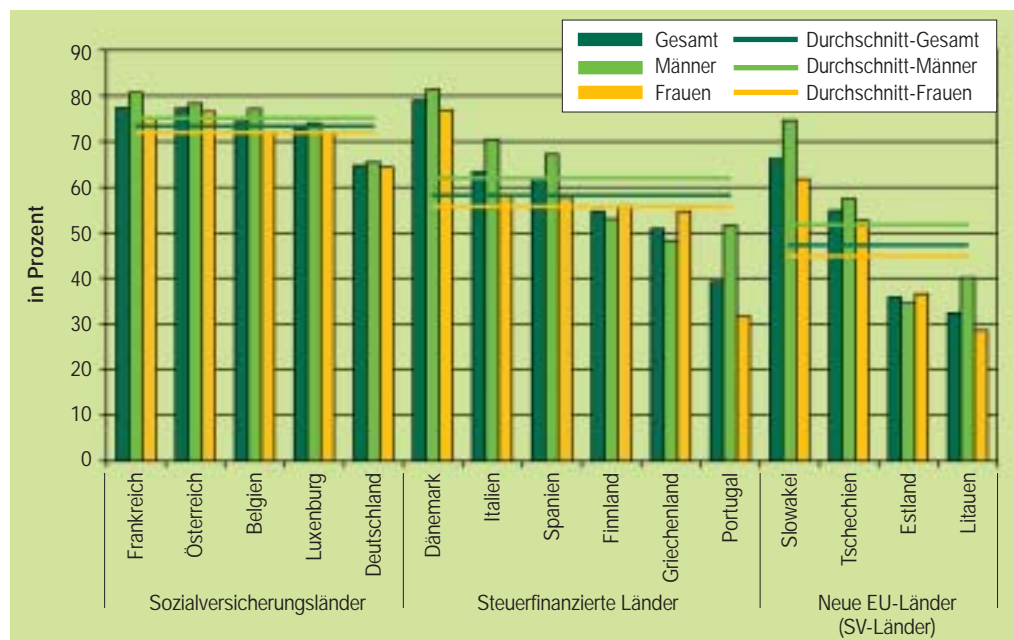
matisch, da davon ausgegangen werden kann, dass die in der Regel von dem/der PartnerIn bzw. von einem im Haushalt lebenden Kind gegebene Auskunft eine realistische Einschätzung des Gesundheitszustandes der zu befragenden Person liefert.⁶⁾

Auch die genaue Fragestellung im zeitlichen Kontext variiert in einzelnen Untersuchungen. So wird einmal erhoben, wie die befragte Person ihren Gesundheitszustand heute (also am Tag der Befragung) einschätzt, und ein anderes Mal soll die Person ihren Gesundheitszustand unter Berücksichtigung der letzten 30 Tage einordnen. Aber auch Fragestellungen ohne Zeitbezug können beobachtet werden. Im Falle des WHO „World Health Survey“ wurde nach dem Gesundheitszustand heute gefragt, der auf einer fünfteiligen Skala von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“ angegeben werden sollte. Trotz der oben angesprochenen Probleme gibt es starke Hinweise darauf, dass die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes aus Stichprobenerhebungen ein gutes Maß zur Beurteilung des Gesundheitszustandes in einem Land ist und auch ein Zusammenhang mit der Sterblichkeit in einer Bevölkerung hergestellt werden kann. Idler und Benyamini⁷⁾ stellten in einem Review von 27 Studien fest, dass der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand in fast allen Studien ein unabhängiger Prädiktor der Mortalität ist; dies trotz der Inklusion einer Reihe weiterer spezifischer Gesundheitszustandsindikatoren bzw. weiterer Kovariaten (z. B. soziodemographische Merkmale, Lebenszufriedenheit, Familiengeschichte) zur Vorhersage der Mortalität.

Für wie gut halten wir unsere Gesundheit ...

Der durchschnittliche selbsteingeschätzte Gesundheitszustand in den betrachteten westlichen Sozialversicherungsländern liegt deutlich über jenem in steuerfinanzierten Ländern und den „neuen“ EU-Sozialversicherungsländern. Der Unterschied zwischen den Sozialversicherungsländern der „alten“ EU und den neu der EU beigetretenen Staaten ist auf einem Niveau von fünf Prozent signifikant. Auch die Variation innerhalb der beitragsfinanzierten Länder ist deutlich geringer als jene in den beiden anderen Ländergruppen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Anteil der über 15-Jährigen, die ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen, 2002



Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

5) Rodgers WL, Herzog AR: Collecting data about the oldest old: problems and procedures, in: Doblhammer G, Kytir J: „Kompression“ oder „Expansion“ der Morbidität? Trends in der Lebenserwartung älterer Menschen in guter Gesundheit 1978 bis 1998, Demographische Informationen 1997/1999, Österreichische Akademie der Wissenschaften, Wien, S. 71–79.

6) Doblhammer G, Kytir J: op. cit.

7) Idler EL, Benyamini Y: Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies, Journal of Health and Social Behavior 1997, 38(1), p. 21–37.

Für wie gut halten wir unsere Gesundheit ...





In der Regel schätzen Männer ihren Gesundheitszustand besser ein als Frauen. Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in der Gruppe der steuerfinanzierten Länder und in einzelnen „neuen“ EU-Sozialversicherungsländern. Ausnahmen von diesem Muster sind in Finnland, Griechenland und Estland zu beobachten; hier schätzen Frauen ihren Gesundheitszustand besser ein als Männer. Besonders wenige Frauen aus Lettland (28,6 Prozent), aber auch wenige Portugiesinnen (31,7 Prozent) befinden ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. 78,3 Prozent der österreichischen Männer beurteilen ihren Gesundheitszustand positiv: somit rangieren sie im Ländervergleich hinter Dänen und Franzosen an dritter Stelle. Österreicherinnen schätzen ihr gesundheitliches Wohlbefinden sogar noch höher ein als Französinen und nehmen mit 76,6 Prozent Rang 2 ein.

... und passt dies zu den „harten“ Daten?

Die Europäische Kommission schlägt in ihrem Programm zur Gesundheitsberichterstattung⁸⁾ als einheitliche Mortalitätsindikatoren u. a. die Lebenserwartung in verschiedenen Altersstufen und standardisierte Sterberaten vor. Daneben werden auch die Säuglings- und Perinatalsterblichkeit sowie todesursachenspezifische Kennzahlen (Anzahl der Sterbefälle durch Nikotin, Alkohol oder Drogen) herangezogen. Ein weiterer häufig verwendeter Indikator ist die „Disability-Adjusted Life Expectancy“ (DALE). Diese Maßzahl gibt die Anzahl der zu erwartenden Lebensjahre an, die in völliger Gesundheit verbracht werden können und wird häufig auch als „healthy life expectancy“ (HALE) bezeichnet. Die Lebenserwartung in Gesundheit kombiniert Information über die Auswirkung vorzeitigen Todes, gesundheitlicher Beeinträchtigung und nicht-tödlicher Gesundheitszustände, berücksichtigt also, dass die Mortalität alleine kein vollständiges Bild über den Gesundheitszustand einer Bevölkerung gibt.⁹⁾ Die Berechnung der gesunden Lebenserwartung erfolgt unter Berücksichtigung¹⁰⁾ relativer Häufigkeiten unterschiedlicher Gesundheitszustandsbeurteilungen aus Befragungsdaten und ist somit keine so „harte“ Mortalitätskennzahl wie die zuvor genannten. Die im Folgenden verwendeten Daten zur Lebenserwartung in Gesundheit wurden von der WHO berechnet. Die Messung der Zeit, die in schlechtem Gesundheitszustand verbracht wird, erfolgt durch eine Kombination von Schätzungen aus der „Global Burden of Disease“-Studie und Prävalenzschätzungen des Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht aus dem standardisierten „Multi-Country-Survey-Study“ (MCSS), in dem mit Hilfe statistischer Methoden Verzerrungen korrigiert wurden.¹¹⁾

Tabelle 1: Korrelation des subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustandes mit ausgewählten Mortalitätskennziffern

	Subjektiver Gesundheitszustand	Lebenserwartung in Gesundheit	Lebenserwartung mit 15 Jahren	Standardisierte Sterberate
Subjektiver Gesundheitszustand	1,00	0,59	0,60	-0,58
Lebenserwartung in Gesundheit		1,00	0,94	-0,94
Lebenserwartung mit 15 Jahren			1,00	-1,00
Standardisierte Sterberate				1,00

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Tabelle 1 zeigt, dass zwischen dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand und den administrativen Mortalitätsindikatoren eine passable Korrelation (rund 0,60) festgestellt werden kann. In Ländern, in denen ein hoher Anteil der Bevölkerung ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzt, ist sowohl die gesunde Lebenserwartung als auch die Lebenserwartung mit 15 Jahren¹²⁾ hoch bzw. die standardisierte Sterberate niedrig.

8) European Commission: European Community Health Indicators (ECHI): ECHI-2 list of recommended, First Phase Core Indicators', June 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indicators_en.htm

9) Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg K: Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status, GPE Discussion Paper Series: No.15, EIP/GPE/EBD, World Health Organisation, 2000.

10) Vgl. Doblhammer G, Kytir J: op. cit.

11) WHO World Health Report 2004, <http://www.who.int/whr/2004/en/>

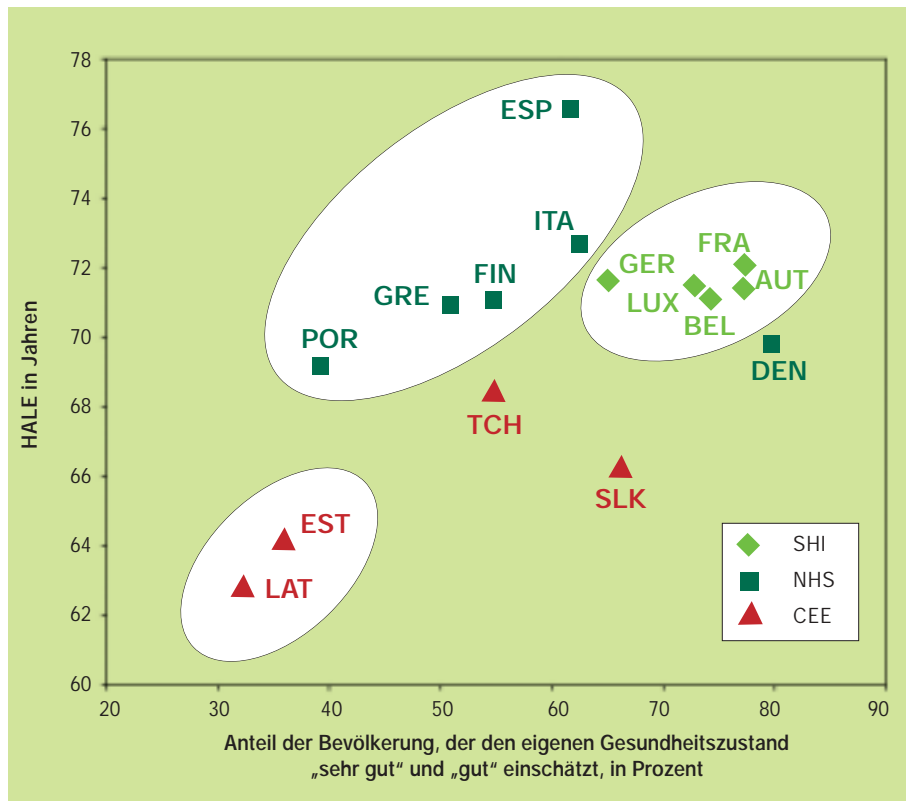
12) Die Verwendung der Lebenserwartung mit 15 Jahren wurde gegenüber jener bei Geburt oder jener mit 65 Jahren vorgezogen, um bessere Vergleichbarkeit zum selbsteingeschätzten Gesundheitszustand herzustellen, der sich auf Personen über 15 Jahre bezieht.

... und passt dies zu den „harten“ Daten?





Abbildung 2: Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und gesunder Lebenserwartung, 2002



SHI: Social Health Insurance
NHS: National Health Service

CEE: Central-Eastern European Countries
HALE: Healthy Life Expectancy

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Personen in Sozialversicherungsländern der westlichen EU berichten einen sehr guten und guten Gesundheitszustand, der zudem mit einer überdurchschnittlich hohen Lebenserwartung in Gesundheit einhergeht (vgl. Abbildung 2). Die Variation in beiden Dimensionen ist gering. Im Gegensatz dazu weisen die Staaten des National Health Service (wie bereits in Abbildung 1 illustriert) eine höhere Streuung nicht nur des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes auf, sondern auch bei der gesunden Lebenserwartung. Vom Muster eines eher unterdurchschnittlich eingeschätzten Gesundheitszustandes gepaart mit mittlerer bis hoher Lebenserwartung in Gesundheit, wie es bei den übrigen NHS-Ländern erkennbar ist, weicht nur Dänemark ab. Dänen und Däninnen schätzen ihr gesundheitliches Wohlbefinden hoch ein, aber das niedrige HALE-Niveau ist auf einen äußerst niedrigen Wert der gesunden Lebenserwartung der dänischen Frauen zurückzuführen, der nur knapp über dem Niveau von Tschechien und der Slowakei liegt. Ein Grund dafür ist, dass die Mortalitätsrate dänischer Frauen im Alter von 35 bis 64 Jahren aufgrund sehr hoher Inzidenzraten von Brust- und Lungenkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Alkoholkrankheiten um 40–50 Prozent über dem EU15-Durchschnitt liegt.¹³⁾ In den baltischen Staaten Estland und Lettland fühlen sich die Menschen nicht nur viel weniger gesund als in der restlichen EU, sie können auch nur mit einer deutlich geringeren Anzahl an Lebensjahren in Gesundheit rechnen. Der gesundheitliche Abstand der baltischen Staaten gilt nicht nur gegenüber den beiden hier ausgewiesenen „neuen“ EU-Mitgliedern, sondern auch gegenüber anderen ehemaligen Ostblock-Ländern.¹⁴⁾ Obwohl sich TschechInnen und SlowakInnen gleich gesund fühlen wie so manche/r Bewohner/in in der „alten“ EU, erwarten sie deutlich weniger Lebensjahre ohne gesundheitlicher Beeinträchtigung.

13) Ministry of the Interior and Health: Health care in Denmark, 2002.

14) Vgl.: McKee M, Adany R, MacLehose L: Health status and trends in candidate countries, in: McKee M, MacLehose L, Nolte E: Health Policy and European Union enlargement, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

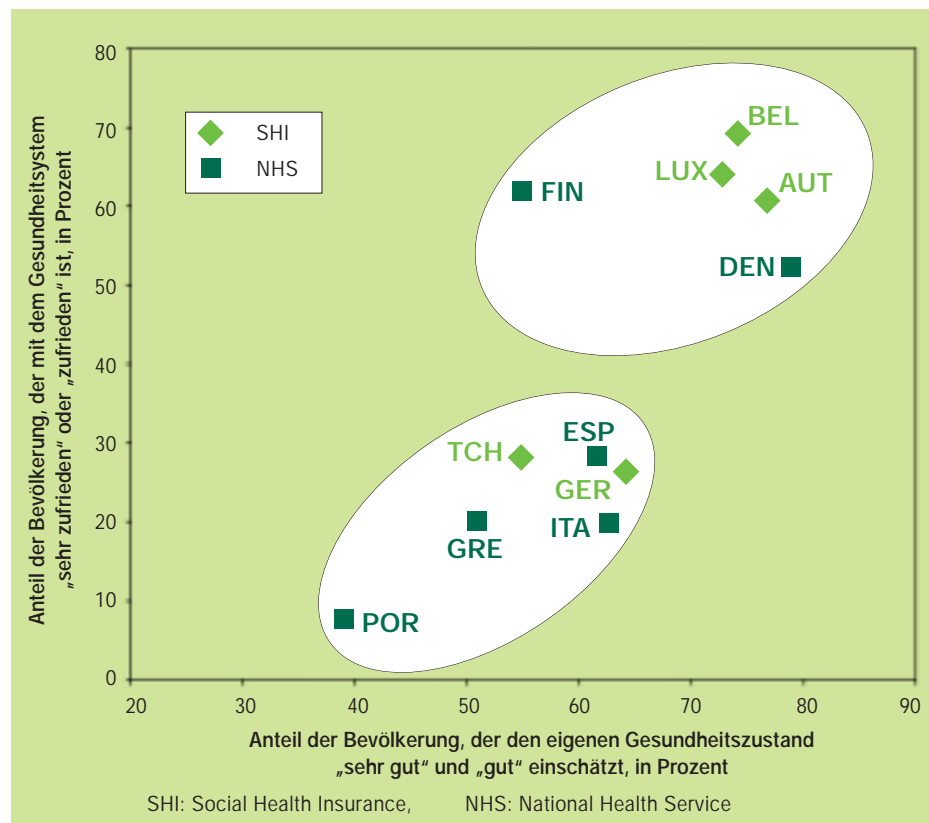


Macht Gesundheit zufriedener ...

Macht Gesundheit zufriedener ...

In Abbildung 3 ist ein positiver linearer Zusammenhang (Korrelationskoeffizient: 0,73) zwischen dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand und der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem zu erkennen. Die Differenzierung der Länder erfolgte wieder danach, ob ein Gesundheitssystem über Beiträge oder über Steuern finanziert wird. Aufgrund fehlender Daten aus Estland, Lettland, der Slowakei und Frankreich zur Systemzufriedenheit konnten jene Länder nicht in die Analyse miteinbezogen werden. Die sich ergebenden Ländercluster stimmen nur bedingt mit den zugrunde liegenden Versorgungsmodellen überein. Die Menschen in den NHS-Ländern Südeuropas, in Tschechien und in Deutschland schätzen ihr gesundheitliches Wohlbefinden nicht sehr hoch ein und sind darüber hinaus vergleichsweise weniger zufrieden. Im Gegensatz dazu zeigen Österreich, Belgien und Luxemburg sehr hohe Werte in beiden Dimensionen. Die beiden steuerfinanzierten Länder Finnland und Dänemark können jeweils nur in einer Richtung mit den drei „gesündesten“ und „zufriedensten“ Ländern mithalten, die aber im Gegensatz zu ihnen SHI-Länder sind. In Finnland schätzen die Menschen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein, in Dänemark liegt die Systemzufriedenheit unter den Vergleichswerten der drei beitragsfinanzierten Länder.

Abbildung 3: Zusammenhang zwischen selbsteingeschätztem Gesundheitszustand und Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem



Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

... oder erzeugt Krankenversicherung mehr Wohlbefinden?

Gesundheitliches Wohlbefinden in Verbindung mit der Zufriedenheit mit dem Versorgungsmodell scheint sich deutlicher in jenen Ländern zu zeigen, in denen Gesundheitsleistungen dezentralisiert und von privatrechtlich organisierten Anbietern erbracht werden. Deutschland aber auch Finnland und Dänemark bilden die Ausnahme. Sozialversicherungsländer verfügen darüber hinaus meist über einen großzügigeren Krankenanstaltenbereich als vorwiegend steuerfinanzierte Länder, was sich an der vergleichsweise höheren (Akut-)Bettendichte zeigt. Wir gehen davon aus, dass die Kombination von hoher Versorgungsdichte und der Möglichkeit auf jeder Versorgungsstufe relativ

... oder erzeugt Krankenversi- cherung mehr Wohlbefinden?





uneingeschränkt eine/n Arzt/Ärztin oder Einrichtung zu wählen, das Vertrauen der Versicherten in das System stärkt und Anreize gibt, Anbieter auch in Anspruch zu nehmen. Dies wiederum könnte eine positive Auswirkung auf den Gesundheitszustand haben.

Da Beiträge Lohnbestandteile sind, ist nicht auszuschließen, dass Personen in Krankenversicherungen, die ja häufig als Selbstverwaltungen organisiert sind, tendenziell mehr Vertrauen haben als in rein staatliche Einrichtungen, die anonym Steuern einheben, verwalten und den Ressorts zuteilen. Obwohl aus ökonomischer Sicht auch Beiträge nichts anderes als zweckgebundene Steuern sind, dürfte der institutionelle Rahmen, in dem Gelder verwaltet werden, für das Wohlbefinden eine große Rolle spielen. Beiträge, aber auch Leistungen können demnach nicht durch einfache Regierungsmaßnahmen geändert werden. Jeder Beitrags- bzw. Leistungsanpassung geht ein legislativer Prozess voraus, der eine gewisse Abstimmungskultur zwischen den Interessengruppen erfordert. Die Attraktivität von Beitragszahlungen kann deshalb höher sein, wenn bei der Bevölkerung das Gefühl entsteht, „ihr Geld“ wird von staatsunabhängigen Organisationen zu ihren Gunsten ausgegeben und verwaltet.¹⁵⁾

Mehr noch als in allen anderen Sektoren einer Volkswirtschaft sind unvollständige Informationen (asymmetrische Information) zwischen den Marktteilnehmern im Gesundheitsmarkt besonders ausgeprägt. Ganz allgemein betrachtet, ist unvollständige Information, die unter anderem die Ausprägungen Risikoselektion und „Überversorgung“ (Moral Hazard) haben kann, das wesentlichste Merkmal von Marktversagen im Gesundheitsmarkt. Im Gesundheitsmarkt gibt es unvollständige Informationen und Moral Hazard sowohl zwischen Anbieter und Nachfrager als auch zwischen Zahler und Anbieter.

Ökonomische Bedingungen, die zu unvollständigen Informationen führen, beziehen sich auf Probleme mit ausführenden Organen: die Zahler, das sind die Auftraggeber (principals), sind durch Handlungen bzw. durch Bemühungen der Auftragnehmer (agents) betroffen. Die Beziehungen zwischen den ÄrztInnen, den Versicherungen und den PatientInnen eignen sich demnach, mögliche Verhaltensweisen im Konzept „Principal-Agent“ (Sachwalterbeziehung) zu analysieren. Sowohl im Fall der Beziehung Arzt/Versicherung, als auch im Fall der Arzt/Patienten Beziehung sind die ÄrztInnen Auftragnehmer. Genau genommen ist der/die PatientIn Auftraggeber für die von der Versicherung beauftragten ÄrztInnen. Gegen Honorierung durch die Versicherung erbringt der Arzt eine Leistung am Patienten. Dieser wiederum erwirbt einen Titel zur Behandlung aus dem Versicherungsbeitrag, einem Lohnbestandteil, der von der Versicherung für die Remunerierung der Vertragspartner verwaltet wird.

Ist die Versicherung ein guter ergänzender Sachwalter der PatientInnen, sorgt sie nicht nur für die Bereitstellung von Leistungen, sondern mischt sich zumeist nur sehr beschränkt in die Vertrauensbeziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ein. Eines der wichtigsten Kennzeichen von Sozialversicherungsländern ist die private Produktion von ärztlichen Leistungen. Gegen Bezahlung von gesetzlich oder administrativ festgelegten Honoraren, deren Höhe zumeist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Anbieterorganisationen ist, erbringen ÄrztInnen Leistungen für die Bevölkerung. Das Ergebnis der Verhandlungen sind durchwegs Verträge, die gewissermaßen eine öffentlich/private Partnerschaft zwischen dem einzelnen privaten Anbieter und den öffentlichen Zahlern begründen. Dabei kommt der konkreten Gestaltung der Verträge besondere Bedeutung zu – diese sollen einerseits eine angemessene Entlohnung der ÄrztInnen, andererseits eine optimale Versorgung der PatientInnen garantieren. Eines der Hauptprobleme in diesem Zusammenhang sind Informationsungleichgewichte:¹⁶⁾ Die PatientInnen, bzw. die Krankenkassen als Zahler, können – da sie über kein ärztliches Fachwissen verfügen – nur eingeschränkt überprüfen, was der/die ÄrztIn tut. Dem entsprechend ist nicht direkt beobachtbar, ob diese/r auch angemessene Anstrengungen unternimmt. Sozialversicherungen müssen demnach Verträge ständig auf ihre Anreizwirkungen hin überprüfen, zumal die Komplexität der Behandlungen steigt und Qualitätssicherung eine Form von Kostenbeteiligung der Anbieter verlangt.¹⁷⁾ Auch in Österreich gibt es hierfür noch einigen Spielraum.

15) Hsiao WC, Roberts MJ, Berman PA, Reich MR: Getting Health Reform Right, Harvard University, Oktober 2000.

16) McGurie TG: Physician Agency, in: Culyer AJ, Newhouse JP (Ed): Handbook of Health Economics, Volume 1A: 462-517, Elsevier 2000.

17) Chalkley M, Malcomson JM: Contracting for health services when patient demand does not reflect quality, Journal of Health Economics 1998, 17, Issue 1, p. 1–19.





Schwerpunktthema: Arbeitsunfähigkeit durch psychische Leiden

Nicht nur der Bildungsgrad, sondern auch der Gesundheitszustand ist maßgeblich für produktive Beschäftigung. In beiden Bereichen konnten in der Vergangenheit beachtliche Verbesserungen erzielt werden. Es wird verstärkter Bemühungen bedürfen, wenn der Trend zu einem stetig besser werdenden durchschnittlichen Gesundheitszustand in Zukunft fortgesetzt werden soll. Im Einklang mit der Beschäftigungspolitik der EU versucht auch Österreich, ältere Arbeitskräfte länger im Erwerbsleben zu halten und die Lebensarbeitszeit zu verlängern. Steigt der Anteil älterer Beschäftigter, und hier nicht zuletzt durch die Pensionsreformen insbesondere auch der Anteil kränkerer Beschäftigter, dürfte dies die durchschnittliche Krankheitslast pro beschäftigte Person wieder ansteigen lassen. Zudem ist auch die Art der Krankheitsbelastung langfristig einem Wandel unterworfen. Der nachfolgende Abschnitt stellt hierzu einige Entwicklungen mit Bezug auf psychiatrische Erkrankungen von Beschäftigten in Österreich dar.

Internationale Befunde zum Krankenstand

In entwickelten Ländern ist üblicherweise staatlich geregelt, welche Einkommensersatzes bei krankheitsbedingter Abwesenheit vom Arbeitsplatz gezahlt werden. Innerhalb Europas oder der OECD-Länder existiert aber eine sehr breite Bandbreite, auf welche Weise diese wohlfahrtsstaatlichen Regelungen im Konkreten ausgestaltet sind. So verfügen die Vereinigten Staaten über keine diesbezügliche nationale Regelung, das Vereinigte Königreich hingegen schon. Dementsprechend variiert auch, welche Rolle hierbei einerseits den Arbeitgebern und andererseits den staatlichen Institutionen zugedacht ist. So sehen beispielsweise die Regulierungen sowohl in Frankreich als auch im Vereinigten Königreich die Möglichkeit für Firmen vor, großzügigere Zahlungen als die staatlich festgelegten zu leisten und diese Zahlungen mit Anreizen zu versehen. Obwohl das staatliche System in Frankreich großzügiger als das britische ist, existieren in Frankreich dennoch freiwillige Firmenzahlungen, die sich zudem in ihrer Ausgestaltungsform eng an das staatliche System anlehnen.¹⁸⁾

Da große Unterschiede bei der Höhe der Ersatzrate, bei Kontrollmechanismen und anderen relevanten Merkmalen bestehen, ist es naheliegend anzunehmen, dass sich diese Merkmale auch auf Länge und Häufigkeit solcher Krankenstände auswirken. Eine Untersuchung¹⁹⁾ mithilfe von Daten der Luxembourg Employment Study zeigt, dass Länderunterschiede in der Höhe der gemessenen Absenzzraten selbst bei einer Erhebung mit einer einheitlichen Methodik gravierend sind. Die in einer Stichprobe von acht Ländern gemessenen Absenzzraten reichen von dem deutlich führenden Wert von 6,3 Prozent der Erwerbstätigen in Schweden bis zu 1,8 Prozent in Luxemburg und der Schweiz. Nur in zwei der acht Länder sind die Absenzzraten von Frauen unter jenen der Männer (Slowenien, Luxemburg), in Spanien sind sie gleich hoch und in den verbleibenden fünf Ländern sind Frauen länger krankheitsbedingt abwesend. In dieser Arbeit zeigt sich, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der Krankenstandsdauer in erster Linie auf Unterschiede in der Altersstruktur und im Familienstand bei männlichen und weiblichen Beschäftigten zurückzuführen sind. Österreich ist leider in dieser Studie nicht berücksichtigt.

Die OECD geht laut Barmby, Ercolani, Treble (2000) davon aus, dass die ausgewiesenen hohen Krankenstände in Schweden die Realität angemessen wiedergeben dürften. Im Jahr 2002 beliefen sich die Ausgaben für Krankenstände dort auf 48,3 Milliarden Schwedenkronen oder rund 2 Prozent des BIP.²⁰⁾ In Österreich dagegen weist die endgültige Gebarung der Sozialversicherung für das Jahr 2002 Krankengeld in Höhe von 361 Mio. Euro oder 3,3 Prozent der gesamten Ausgaben der Krankenversicherung (10.812 Mio. Euro) aus. Ergänzt um die Zahlungen der Arbeitgeber für Entgeltfortzahlungen in den ersten 4 Wochen der Krankenstände summieren sich die Einkommensersatzes bei krankheitsbedingter Abwesenheit vom Arbeitsplatz auf 2,5 Mrd. Euro oder 1,1 Prozent des BIP.²¹⁾

18) Barmby TA, Ercolani M, Treble JG: Sickness Absence: An International Comparison, No 2000-03, IRISS Working Paper Series from IRISS at CEPS/INSTEAD.

19) Barmby TA, Ercolani M, Treble JG: op. cit.

20) Johansson P, Palme M: Moral hazard and sickness insurance: Empirical evidence from a sickness insurance reform in Sweden, No 2004:10, Working Paper Series from IFAU - Institute for Labour Market Policy Evaluation.

21) Berechnungsbasis: BruttoarbeitnehmerInnenentgelt von 99,5 Euro pro Tag für 21,2 Mio Tage, Krankengeld von 26,77 Euro pro Tag für 13,3 Mio Tage, Karenztage sind nicht berücksichtigt.



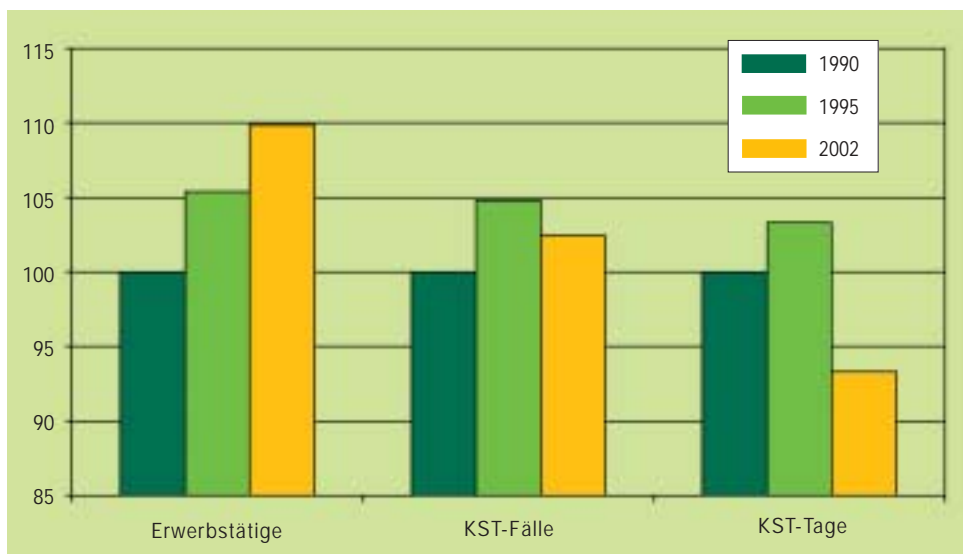
Anhand der international weitgehend standardisierten Arbeitskräfteerhebung der EU zeigt Biffl (2002), dass die Krankenstandsinzidenz in Österreich mit 0,6 Prozent etwas unter dem europäischen Durchschnitt bleibt. Am höchsten war sie 1997 in den Niederlanden mit 2 Prozent vor Schweden und Großbritannien, wo in der Erhebungswoche im März je 1,7 Prozent aller befragten Erwerbstätigen angegeben hatten, krank zu sein.²²⁾

In Österreich gingen die Krankenstände im letzten Jahrzehnt zurück ...

Die Zahl der Erwerbstätigen ist in den letzten Jahren gestiegen, von 2,567.256 ArbeiterInnen und Angestellten im Jahr 1990 auf 2,820.656 im Jahr 2002.²³⁾ Gemessen an der Entwicklung der Erwerbstätigen (+ 9,8 Prozent) nahmen die Krankenstandsfälle nur unterproportional zu, nämlich um 2,4 Prozent. Die Krankenstandstage hingegen nahmen im selben Zeitraum ab, und zwar um 6,7 Prozent, vgl. Abbildung 4. Bei beiden Maßzahlen zeigt sich, dass die Entwicklung zwar bis 1995 annähernd parallel zur Beschäftigungsentwicklung verlief; danach allerdings ist ein scharfer Rückgang der Krankenstände zu verzeichnen.

Bezogen auf den einzelnen Erwerbstätigen zeigt sich daher eine seit 1990 sinkende Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr. Dieser Rückgang ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen und sowohl bei Arbeitern als auch bei Angestellten sichtbar, bei ArbeiterInnen und bei Männern war er jedoch ausgeprägter, wie Abbildung 5a verdeutlicht. In Bezug auf die gesamtwirtschaftlichen Wirkungen ist zu beachten, dass zusätzlich zur individuellen Reduktion der durchschnittlichen Krankenstandstage im Aggregat ein weiterer Effekt tritt: Da der Anteil der Angestellten an der Gesamtbeschäftigung zunimmt, diese aber weniger durch Krankenstände belastet sind als ArbeiterInnen, führt die Änderung im Beschäftigungsmix zu tendenziell niedrigeren Krankenständen. Das unterschiedliche Niveau der Krankenstandstage pro Beschäftigte/n wird in den Daten allerdings etwas verzerrt dargestellt: Bei Angestellten sind die ersten drei Tage eines Krankenstands nicht immer erfasst; daher dürfte der Unterschied zwischen Arbeitern und Angestellten in der Darstellung etwas aufgebauscht werden.

Abbildung 4: Krankenstände und Erwerbstätige (Arbeiter und Angestellte), Index 1990=100



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Aus Verschiebungen wie in Abbildung 4 ersichtlich können nur in sehr eingeschränktem Maße Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Erwerbstätigen gezogen werden. Es wirken sich nicht nur Änderungen in den entsprechenden rechtlichen Regelungen aus, sondern es gibt auch empirische

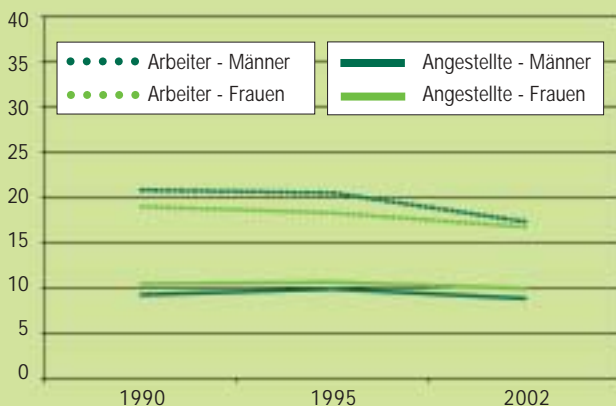
22) Biffl G: Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator, Monatsberichte des österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung, 1/2002, S. 39-52.

23) Die folgende Betrachtung beschränkt sich auf ArbeiterInnen und Angestellte, klammert also Beamte und Selbstständige aus.

In Österreich gingen die Krankenstände im letzten Jahrzehnt zurück ...

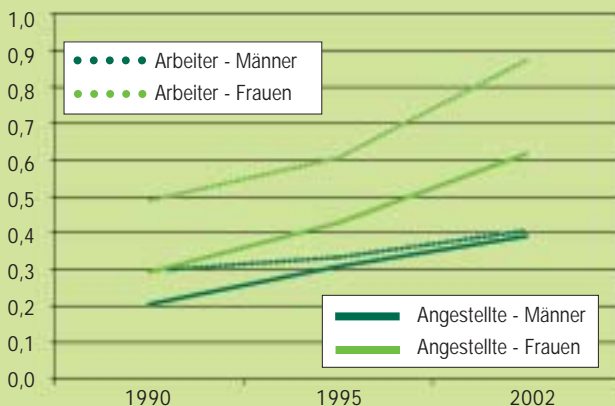


Abbildung 5a: Krankenstandstage je Erwerbstätige/n, alle Diagnosen



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Abbildung 5b: Krankenstandstage je Erwerbstätige/n, psychiatrische Krankheiten



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Hinweise aus einer Reihe von Ländern dafür, dass Krankenstände mit dem Konjunkturzyklus und insbesondere mit der Höhe der Arbeitslosigkeit schwanken. Die Krankenstandsquote, d. h. die relative Belastung der Erwerbstätigen durch Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit oder Unfall, schwankt prozyklisch: Bei steigender Arbeitslosigkeit verlieren Beschäftigte, die häufiger krank sind, zuerst den Arbeitsplatz. Dieser „healthy worker effect“ trägt auch dazu bei, dass die Beschäftigten im Durchschnitt gesünder als die Erwerbslosen sind.²⁴⁾ Anhand oberösterreichischer Daten aus dem Jahr 1992 wurde gezeigt, dass dies auch in Österreich gelten dürfte: Während auf jede/n Beschäftigte/n 17,2 Arbeitsunfähigkeitstage entfielen, lag diese Kennzahl bei Arbeitslosen deutlich höher, nämlich bei 23,9 Tagen.²⁵⁾

... aber Arbeitsunfähigkeit in Folge psychischer Leiden nimmt zu ...

Im Jahr 2002 wurde für 1,7 Prozent aller Krankenstandsfälle und für 4,2 Prozent aller Krankenstandstage bei Arbeitern und Angestellten eine psychiatrische Diagnose vermerkt. Im Jahr 1990 betrugen die entsprechenden Anteile noch 1,0 Prozent (Fälle) und 2,0 Prozent (Tage). Obwohl in diesem Zeitraum die Krankenstandsdauern im Allgemeinen abgenommen haben, weisen diese Zahlen auf eine steigende Bedeutung der seelischen Gesundheit hin. Andererseits kann dieser Anstieg keinesfalls im Sinne einer gleich starken Zunahme an psychiatrischen Krankheiten interpretiert werden, da die Wahrnehmung und eindeutige Benennung solcher Krankheiten sich in den letzten Jahren stark gewandelt hat.²⁶⁾

An den unterschiedlichen Erwerbsgruppen zeigt sich die sozioökonomische Dimension psychischer Krankheiten, vgl. Tabelle 2. Nach den Zahlen der Krankenstandsstatistik macht Arbeitsunfähigkeit infolge psychiatrischer Krankheiten bei Arbeitern generell einen geringeren Anteil an der gesamten Krankheitsbelastung aus als bei Angestellten, dies gilt sowohl für Männer wie auch für Frauen. In beiden Gruppen ist der entsprechende Anteil jeweils bei den weiblichen Beschäftigten höher als bei den männlichen. Arbeiterinnen verzeichnen einen mehr als doppelt so hohen Anteil psychiatrischer Krankenanstände wie männliche Arbeiter; der geschlechtsbezogene Unterschied ist damit weit ausgeprägter als bei Angestellten. Zudem hat sich in allen Gruppen außer bei den männlichen Arbeitern

24) Vgl. Biffl op. cit. für Literaturhinweise.

25) Meggeneder O: Determinanten krankheitsbedingter Fehlzeiten, Soziale Sicherheit 3/1994, S. 131–141.

26) Die steigende Tendenz zeigt sich auch in anderen Ländern. Im Jahr 2000 wurden 8,1 Prozent aller Krankschreibungstage in Deutschland unter der Primärdiagnose einer psychischen Störung erfasst, 1991 waren es noch 5 Prozent. Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, S. 199. Aufgrund der oben beschriebenen Schwierigkeiten bei internationalen Vergleichen von Krankenstandsdaten wird der Niveauunterschied im Vergleich zu Österreich hier nicht interpretiert. Beispielsweise lautet die in den deutschen Quellen verwendete Bezeichnung der Obergruppe „psychische Störungen“, während in der österreichischen Krankenstandsstatistik der Ausdruck „psychiatrische Krankheiten“ verwendet wird, was eine engere Abgrenzung für Fälle mit schwererem Krankheitsbild nahe legt.

... aber
Arbeitsun-
fähigkeit in
Folge psychi-
scher Leiden
nimmt zu ...





der Anteil der psychiatrischen Diagnosen an allen Krankenstandstagen zwischen 1990 und 2002 zumindest verdoppelt.

Tabelle 2: Anteil der Krankenstände mit psychiatrischen Diagnosen an den gesamten Krankenständen

Alle Krankenversicherungsträger nach dem ASVG						
	Angestellte			Arbeiter/innen		
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen
TAGE						
1990	2,6%	2,2%	2,8%	1,8%	1,4%	2,6%
1995	3,6%	3,1%	4,0%	2,1%	1,6%	3,3%
2002	5,5%	4,5%	6,2%	3,3%	2,3%	5,2%
FÄLLE						
1990	1,1%	1,0%	1,3%	0,9%	0,7%	1,4%
1995	1,4%	1,1%	1,5%	1,0%	0,8%	1,6%
2002	1,9%	1,5%	2,2%	1,5%	1,1%	2,5%

Quelle: Krankenstandsstatistik des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

... und führen immer häufiger zu Frühpensionierungen.

Dass sich in Krankenständen eine Vielzahl von sozio-ökonomischen und sozio-politischen Rahmenbedingungen widerspiegeln, beeinflusst auch eine auf einzelne Krankheitsgruppen beschränkte Betrachtung. So sind Zusammenhänge zwischen Krankenständen und (Früh-)Pensionierungen naheliegend. 1999 gingen 18,9 Prozent der 24.836 Frühpensionierungen auf „Psychiatrische Störungen“ zurück und stellten nach den Krankheiten des Bewegungsapparates (muscoskeletal diseases) damit die zweitgrößte „Verursacher“-Gruppe. Frühpensionierungen wegen psychiatrischer Störungen waren vor allem bei relativ jungen Neuzugängen in die Pension häufig; aufgrund derartiger Krankheiten wurden 40–50 Prozent aller Frühpensionierungen bei unter 40-Jährigen gewährt. Außerdem wuchs die Zahl von Frühpensionierungen wegen psychiatrischer Störungen zwischen 1985 und 1999 auf das 2,5-fache, während Frühpensionierungen wegen fast allen anderen Krankheitsarten und die Gesamtzahl in diesem Zeitraum rückläufig waren.²⁷⁾

Psychische Leiden sind langwieriger als viele andere Leiden ...

Psychische Erkrankungen können langwierig sein und/oder wiederkehren. So fiel im Rahmen der „Depression 2000“-Studie auf, dass in der hausärztlichen Praxis der Anteil wiederkehrender Depressionen hoch ist (51,3 Prozent) und unter diesen ein hoher Anteil mit vielen vorangehenden Krankheitsepisoden vorlag. Mehr als 50 Prozent der Erkrankten berichteten über vier oder mehr derartige Depressionsepisoden in ihrem Leben.²⁸⁾

Psychische Erkrankungen verursachten in Deutschland im Jahr 2000 gemessen an den Belagstagen eine höhere Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen als beispielsweise Krebserkrankungen. Die Bedeutung psychischer Störungen resultiert dabei weniger aus der Fallhäufigkeit als aus der hohen fallbezogenen Erkrankungsdauer. Dauerte ein Krankenhausfall 2000 im Mittel über alle Diagnosen lediglich 10,3 Tage, waren es bei psychischen Störungen 27,4 Tage.²⁹⁾

Die längere Dauer der psychiatrischen Erkrankung spiegelt sich auch in der österreichischen Krankenstandsstatistik wieder. Die typische Krankenstandsepisode mit psychiatrischer Diagnose dauert rund doppelt so lang wie die mittlere Krankenstandsepisode im Durchschnitt über alle Diagnosen. Zudem ist die Dauer der durchschnittlichen Episode rückläufig, die Dauer von psychiatrischen Krankenständen hingegen ist gestiegen (vgl. Abbildung 6).

27) BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg.) (2003), Mental Health in Austria, Wien, S. 9.

28) Zitiert nach Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, S. 217.

29) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, S. 199.

... und
führen immer
häufiger zu
Frühpensionierungen.

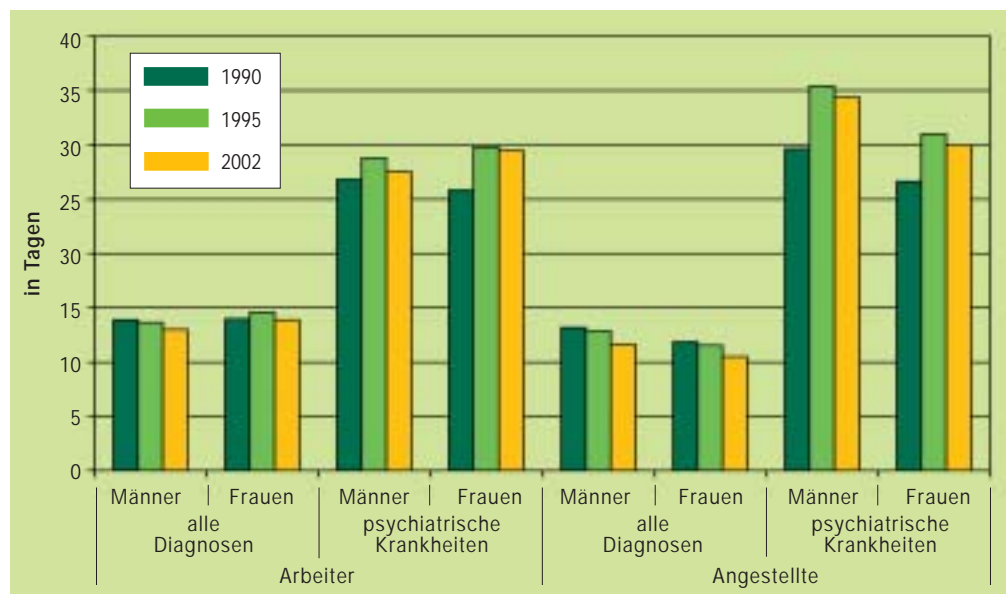
Psychische
Leiden sind
langwieriger
als viele andere
Leiden ...



Auch an der mittleren Länge der Krankenstände zeigt sich ein – wenn auch nicht sehr stark ausgeprägter – Unterschied nach Erwerbsstatus. Während ArbeiterInnen im Durchschnitt über alle Diagnosen etwas längere Episoden der Arbeitsunfähigkeit verzeichnen als Angestellte, dreht sich dieser Unterschied bei Krankenständen mit psychiatrischer Diagnose um, und Angestellte verzeichnen längere Absenzen.

Noch auffälliger ist aber der geschlechtsspezifische Unterschied: Während die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychiatrischer Erkrankung bei weiblichen Angestellten kaum länger als bei ArbeiterInnen dauert, weist jene von männlichen Angestellten mit durchschnittlich 34,4 Tagen einen deutlichen Vorsprung vor der nächstgelegenen Gruppe (weiblichen Angestellten) mit 30,0 Tagen auf, und einen noch ausgeprägteren Vorsprung vor männlichen Arbeitern (27,5 Tage).

Abbildung 6: Durchschnittliche Dauer je Krankenstandsfall, in Tagen



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

... von dem auch Arbeitslose stärker betroffen sein dürften.

Ähnliche Befunde über den sozialen Gradienten psychischer Belastung der Erwerbstätigen liegen bereits für Oberösterreich 1992 vor. Dort wurden Beschäftigte und Arbeitslose statistisch verglichen. Es zeigte sich nicht nur eine höhere Gesamtbelastung der Arbeitslosen durch Krankheit, sondern insbesondere auch eine höhere Belastung durch Krankheiten mit psychiatrischer Diagnose, unabhängig davon, ob die Arbeitsunfähigkeitstage (3,0 versus 0,4 Tage pro Person) oder die in Krankenhäusern verbrachten Tage (0,3 versus 0,1 Tage pro Person) als Messlatte herangezogen wurden. Dargestellt als Anteil an den gesamten Arbeitsunfähigkeitstagen kommt die überproportionale Belastung durch psychiatrische Krankheiten besonders deutlich zum Ausdruck: 2,2 Prozent der Arbeitsunfähigkeitstage bei Beschäftigten, aber 12,7 Prozent der Tage bei Arbeitslosen werden durch eine psychiatrische Krankheit verursacht. Mit diesem Befund ließe sich die Hypothese aufstellen, dass sich Arbeitslose leichter als Beschäftigte krankschreiben lassen können und daher ihre Krankenstandsdauer selbst steuern können. Da aber auch die deutlich längere Krankenhausdauer bei Arbeitslosen auf ihren schlechteren Gesundheitszustand hinweist, muss diese Hypothese wohl hinterfragt werden.³⁰⁾ Andererseits kann die längere Dauer der Krankenstände bei Arbeitslosen dazu führen, die Dauer der Arbeitslosigkeit zu erhöhen, da die Auszahlung des Arbeitslosengeldes während der Dauer des Krankenstandes ruht und Krankengeld bezahlt wird. Ob freilich psychiatrische Erkrankungen zu mehr Arbeitslosigkeit oder die (länger oder öfter auftretende) Arbeitslosigkeit zu gravierender psychischer Erkrankung führt, kann durch derartige administrative Daten nicht geklärt werden. Vermutlich kommt beiden Effekten eine gewisse Bedeutung zu.

30) Meggeneder, op. cit.

... von dem
auch Arbeits-
lose stärker
betroffen sein
dürften.





Tabelle A1:

	Lebenserwartung mit 65 Jahren, Frauen					Index EU25=100				Veränderung 1990-letz- verf. Jahr in Prozent	Veränderung 1990-letz- verf. Jahr in Jahren
	1990	1995	2000	2001	2002	1990	1995	2000	2001		
Österreich	18,2	18,9	19,9	20,2	19,9	99	100	101	103	9,3	1,7
Belgien	18,9	19,4	19,6 ¹⁾	n.v.	n.v.	103	102	99	n.v.	3,8	0,7
Dänemark	18,0	17,7	18,2 ²⁾	n.v.	n.v.	98	93	92	n.v.	0,7	0,1
Deutschland	17,8	18,8	19,7	19,9	n.v.	97	99	100	101	11,8	2,1
Estland	15,8	16,2	17,1	17,4	17,4	86	85	87	88	9,8	1,6
Finnland	17,9	18,8	19,6	19,9	19,9	98	99	100	101	11,1	2,0
Frankreich	20,8	21,5	21,6	n.v.	n.v.	113	113	110	n.v.	3,9	0,8
Griechenland	18,2	18,7	19,1	19,5	n.v.	99	98	97	99	7,2	1,3
Irland	17,1	17,3	18,1	18,6	n.v.	93	91	92	95	8,8	1,5
Italien	19,1	20,0	21,0	21,2	n.v.	104	105	106	108	10,8	2,1
Lettland	15,9	15,9	17,0	16,9	17,1	86	84	86	86	7,7	1,2
Litauen	17,1	17,0	18,0	18,1	17,9	93	89	91	92	4,9	0,8
Luxemburg	18,2	19,8	20,6	19,9	20,1	99	104	104	101	10,6	1,9
Malta	17,1	17,6	18,6	18,9	19,3	93	93	94	96	12,7	2,2
Niederlande	19,2	19,3	19,4	n.v.	n.v.	105	102	98	n.v.	0,9	0,2
Polen	16,3	16,6	17,6	17,8	18,1	89	88	89	91	11,2	1,8
Portugal	17,1	17,8	18,3	19,2	19,3	93	94	93	98	12,6	2,2
Schweden	19,3	20,0	20,3	20,3	n.v.	105	105	103	103	5,0	1,0
Slowakei	16,1	16,3	16,9	17,0	17,1	88	86	86	87	5,9	0,9
Slowenien	17,3	17,9	18,8	19,1	19,1	94	94	96	97	10,8	1,9
Spanien	19,2	20,2	21,0	21,2	n.v.	105	106	106	108	10,1	1,9
Tschechien	15,4	16,3	17,4	17,4	17,4	84	86	88	88	13,1	2,0
Ungarn	15,5	16,1	16,8	17,1	17,1	84	85	85	87	10,7	1,7
Vereinigtes Königreich	18,1	18,4	19,2	19,3	19,3	99	97	98	98	6,3	1,1
Zypern	n.v.	n.v.	18,5	19,5	n.v.	n.v.	n.v.	94	99	n.v.	n.v.
EU25*	18,3	19,0	19,7	19,7	n.v.	100	100	100	100	7,2	1,3
EU15* (alte Länder)	18,8	19,5	20,2	20,2	n.v.	103	103	102	103	7,3	1,4
EU10* (neue Länder)	16,1	16,5	17,4	17,6	n.v.	88	87	88	90	9,7	1,6
EU12* (EURO-Zone)	18,9	19,7	20,4	20,4	n.v.	103	104	103	104	7,9	1,5
Bulgarien	15,4	15,4	15,4	15,8	15,8	84	81	78	80	2,5	0,4
Rumänien	15,3	15,4	16,0	16,1	15,8	83	81	81	82	3,6	0,6
Türkei	13,9	14,0	14,2	14,2	14,3	76	74	72	72	2,9	0,4
Schweiz	19,7	20,5	21,0	21,3	n.v.	108	108	107	109	8,1	1,6
USA	18,9	18,9	19,2	19,4	n.v.	103	99	97	99	2,6	0,5

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, ¹⁾1997, ²⁾1999

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004; OECD Health Data,
Juni 2004 für die Türkei und die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Lebens-
erwartung
mit 65 Jahren,
Frauen





Lebens- erwartung mit 65 Jahren, Männer

Tabelle A2:

Lebenserwartung mit 65 Jahren, Männer						Index EU25=100				Veränderung 1990-letzt- verf. Jahr in Prozent	Veränderung 1990-letzt- verf. Jahr in Jahren
	1990	1995	2000	2001	2002	1990	1995	2000	2001		
Österreich	14,6	15,3	16,4	16,8	16,4	101	102	104	105	12,6	1,8
Belgien	14,4	14,9	15,2 ¹⁾	n.v.	n.v.	100	99	96	n.v.	5,6	0,8
Dänemark	14,1	14,2	15,2 ²⁾	n.v.	n.v.	97	94	96	0,0	7,8	1,1
Deutschland	14,1	14,9	16,0	16,3	n.v.	98	99	101	102	15,5	2,2
Estland	12,1	12,0	12,7	12,7	12,8	84	79	80	79	5,5	0,7
Finnland	13,8	14,6	15,6	15,9	15,9	96	97	99	99	15,1	2,1
Frankreich	16,1	16,7	16,9	n.v.	n.v.	112	111	107	n.v.	5,0	0,8
Griechenland	15,8	16,3	16,7	17,2	n.v.	110	109	106	108	8,7	1,4
Irland	13,3	13,6	14,7	15,1	n.v.	92	90	93	94	13,7	1,8
Italien	15,1	16,0	16,7	17,1	n.v.	105	106	106	107	13,1	2,0
Lettland	12,2	11,4	12,5	12,6	12,6	84	76	79	79	3,8	0,5
Litauen	13,4	13,0	13,8	13,5	13,4	93	86	87	85	-0,1	0,0
Luxemburg	14,2	15,0	15,8	16,3	16,2	98	100	100	102	14,2	2,0
Malta	14,2	15,4	15,2	15,8	15,4	98	102	96	99	8,2	1,2
Niederlande	14,5	14,8	15,4	n.v.	n.v.	100	99	98	n.v.	6,6	1,0
Polen	12,5	13,0	13,7	14,0	14,2	87	86	87	88	13,5	1,7
Portugal	14,0	14,4	14,8	15,7	15,8	97	96	93	98	12,4	1,7
Schweden	15,4	16,1	16,8	17,0	n.v.	107	107	106	106	10,2	1,6
Slowakei	12,4	12,7	13,1	13,2	13,3	86	85	83	82	7,1	0,9
Slowenien	13,5	13,9	14,3	14,6	14,7	94	92	91	91	8,4	1,1
Spanien	15,5	16,2	16,8	17,0	n.v.	107	108	106	106	9,5	1,5
Tschechien	11,7	12,8	13,8	14,0	14,0	81	85	87	88	19,7	2,3
Ungarn	12,1	12,3	13,0	13,3	13,2	84	82	82	83	9,2	1,1
Vereinigtes Königreich	14,2	14,7	15,9	16,2	16,3	99	98	101	101	14,5	2,1
Zypern	n.v.	n.v.	16,0	17,2	n.v.	n.v.	n.v.	101	108	n.v.	n.v.
EU25*	14,4	15,0	15,8	16,0	n.v.	100	100	100	100	10,7	1,5
EU15* (alte Länder)	14,8	15,5	16,3	16,5	n.v.	103	103	103	104	11,5	1,7
EU10* (neue Länder)	12,4	12,8	13,6	13,8	n.v.	86	85	86	86	11,3	1,4
EU12* (EURO-Zone)	15,0	15,6	16,3	16,6	n.v.	104	104	103	104	11,2	1,7
Bulgarien	12,9	12,8	12,8	13,1	13,1	89	85	81	82	1,6	0,2
Rumänien	13,3	12,9	13,5	13,5	13,0	92	86	85	84	-2,5	-0,3
Türkei	12,4	12,5	12,6	12,6	12,7	86	83	80	79	2,4	0,3
Schweiz	15,4	16,3	17,1	17,4	n.v.	107	108	108	109	13,1	2,0
USA	15,1	15,6	16,3	16,4	n.v.	105	104	103	103	8,6	1,3

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, ¹⁾1997, ²⁾1999

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004; OECD Health Data,
Juni 2004 für die Türkei und die USA; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.





Tabelle A3:

Reduktion der Lebenserwartung durch Tod vor dem 65 Lebensjahr, Frauen						Index EU25=100				Veränderung 1990-letzt- verf. Jahr in Prozent	Veränderung 1990-letzt- verf. Jahr in Jahren
	1990	1995	2000	2001	2002	1990	1995	2000	2001		
Österreich	4,1	3,7	3,4	3,3	3,1	95	92	95	93	-23,8	-1,0
Belgien	4,2	3,9	3,8 ¹⁾	n.v.	n.v.	99	99	108	n.v.	-9,5	-0,4
Dänemark	5,0	4,7	4,3 ²⁾	n.v.	n.v.	118	118	121	n.v.	-14,7	-0,7
Deutschland	4,2	3,8	3,4	3,3	n.v.	98	96	95	95	-20,3	-0,9
Estland	5,9	6,8	5,8	5,9	5,2	137	172	161	169	-10,6	-0,6
Finnland	3,8	3,4	3,4	3,1	3,1	90	86	94	90	-18,2	-0,7
Frankreich	3,9	3,7	3,4	n.v.	n.v.	92	93	97	n.v.	-12,7	-0,5
Griechenland	3,5	3,2	2,9	2,8	n.v.	83	81	81	80	-20,6	-0,7
Irland	4,4	3,9	3,8	3,7	n.v.	102	99	106	105	-15,6	-0,7
Italien	3,6	3,4	3,0	3,0	n.v.	84	86	84	85	-18,1	-0,7
Lettland	6,2	8,0	5,9	6,2	6,0	145	202	165	177	-3,7	-0,2
Litauen	5,7	6,8	5,5	5,4	5,3	134	172	154	154	-7,7	-0,4
Luxemburg	4,5	3,7	3,7	3,7	3,4	105	93	104	107	-23,6	-1,1
Malta	3,7	3,0	3,2	2,7	3,2	86	76	91	76	-13,1	-0,5
Niederlande	3,9	3,7	3,7	n.v.	n.v.	91	94	102	n.v.	-6,2	-0,2
Polen	5,6	5,2	4,5	4,4	4,3	132	131	125	125	-24,5	-1,4
Portugal	4,7	4,1	3,7	3,6	3,6	109	104	103	104	-22,6	-1,1
Schweden	3,7	3,2	3,1	3,0	n.v.	85	82	86	86	-18,1	-0,7
Slowakei	5,3	4,8	4,2	4,1	4,2	125	121	119	118	-21,0	-1,1
Slowenien	4,3	4,2	3,8	3,6	3,5	100	107	106	103	-18,5	-0,8
Spanien	3,7	3,3	2,9	2,9	n.v.	86	84	82	82	-22,1	-0,8
Tschechien	4,9	4,5	3,8	3,7	3,6	114	112	106	106	-25,5	-1,2
Ungarn	6,6	6,2	5,6	5,4	5,3	154	158	157	153	-19,8	-1,3
Vereinigtes Königreich	4,4	4,0	3,7	3,7	3,6	102	100	104	105	-18,3	-0,8
Zypern	n.v.	n.v.	3,3	2,8	n.v.	n.v.	n.v.	92	80	n.v.	n.v.
EU25*	4,3	4,0	3,6	3,5	n.v.	100	100	100	100	-18,4	-0,8
EU15* (alte Länder)	4,0	3,7	3,4	3,2	n.v.	94	93	94	93	-19,2	-0,8
EU10* (neue Länder)	5,6	5,4	4,6	4,5	n.v.	132	136	129	128	-20,5	-1,2
EU12* (EURO-Zone)	3,9	3,6	3,3	3,1	n.v.	92	91	92	90	-20,3	-0,8
Bulgarien	5,4	5,5	5,3	5,3	5,1	126	140	148	152	-5,2	-0,3
Rumänien	7,2	6,9	6,1	6,1	6,1	168	173	172	175	-15,7	-1,1
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	3,7	3,5	3,2	3,1	n.v.	87	88	88	88	-17,7	-0,7
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, ¹⁾1997, ²⁾1999

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

Reduktion der Lebenserwartung durch Tod vor dem 65 Lebensjahr, Frauen





Reduktion der Lebenser- wartung durch Tod vor dem 65. Lebensjahr Männer

Tabelle A4:

	Reduktion der Lebenserwartung durch Tod vor dem 65 Lebensjahr, Männer					Index EU25=100				Veränderung 1990-letz- verf. Jahr in Prozent	Veränderung 1990-letz- verf. Jahr in Jahren
	1990	1995	2000	2001	2002	1990	1995	2000	2001		
Österreich	7,1	6,6	5,8	5,7	5,5	95	95	94	93	-22,3	-1,6
Belgien	6,6	6,4	6,0 ¹⁾	n.v.	n.v.	88	91	97	n.v.	-9,4	-0,6
Dänemark	6,8	6,3	6,0 ²⁾	n.v.	n.v.	91	90	97	n.v.	-11,4	-0,8
Deutschland	7,0	6,5	5,7	5,6	n.v.	94	92	92	92	-20,2	-1,4
Estland	12,4	15,5	12,2	12,7	12,5	166	221	197	209	0,5	0,1
Finnland	7,8	6,7	6,3	6,1	5,9	104	96	102	101	-24,5	-1,9
Frankreich	7,7	7,1	6,5	n.v.	n.v.	103	101	104	n.v.	-16,3	-1,3
Griechenland	6,1	6,1	5,9	5,9	n.v.	81	87	95	96	-3,1	-0,2
Irland	6,2	5,8	5,7	5,5	n.v.	83	83	92	91	-11,1	-0,7
Italien	6,3	6,0	4,9	5,0	n.v.	85	85	79	82	-21,2	-1,3
Lettland	13,0	16,4	12,6	13,1	12,9	174	234	203	215	-0,9	-0,1
Litauen	11,9	14,7	11,9	12,6	12,1	159	209	192	207	2,2	0,3
Luxemburg	7,0	6,4	5,8	5,8	6,0	94	91	94	95	-14,7	-1,0
Malta	5,4	5,4	4,2	4,4	4,1	72	77	67	72	-22,8	-1,2
Niederlande	5,5	5,1	4,8	n.v.	n.v.	74	73	77	n.v.	-13,7	-0,8
Polen	10,9	10,3	8,9	8,7	8,7	146	147	144	144	-20,7	-2,3
Portugal	8,5	8,1	7,1	7,2	6,9	114	115	115	119	-18,4	-1,6
Schweden	5,5	4,8	4,3	4,3	n.v.	73	68	69	71	-21,1	-1,2
Slowakei	10,6	9,3	8,8	8,4	8,4	142	133	142	139	-21,2	-2,3
Slowenien	8,5	7,9	7,0	7,3	7,0	114	113	113	119	-18,3	-1,6
Spanien	7,1	6,8	5,9	5,7	n.v.	95	96	95	94	-19,5	-1,4
Tschechien	9,1	8,0	7,1	6,9	6,9	121	114	114	113	-24,4	-2,2
Ungarn	11,9	11,8	10,4	10,0	9,9	159	168	168	163	-17,3	-2,1
Vereinigtes Königreich	6,2	5,6	5,2	5,3	5,2	82	80	84	86	-15,2	-0,9
Zypern	n.v.	n.v.	5,4	5,3	n.v.	n.v.	n.v.	87	86	n.v.	n.v.
EU25*	7,5	7,0	6,2	6,1	n.v.	100	100	100	100	-18,7	-1,4
EU15* (alte Länder)	4,0	3,7	3,4	3,2	n.v.	94	93	94	93	-19,2	-0,8
EU10* (neue Länder)	6,8	6,3	5,6	5,5	n.v.	91	90	91	90	-19,7	-1,3
EU12* (EURO-Zone)	7,0	6,5	5,8	5,6	n.v.	93	93	93	91	-20,1	-1,4
Bulgarien	9,6	10,4	9,3	9,5	9,2	129	148	150	156	-4,3	-0,4
Rumänien	11,7	12,3	10,7	10,8	10,7	157	176	172	177	-9,1	-1,1
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Schweiz	6,3	5,8	5,0	4,9	n.v.	84	83	81	80	-23,1	-1,5
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.

*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt, ¹⁾1997, ²⁾1999

Quelle: WHO Health for all database, Juni 2004; IHS HealthEcon Berechnungen 2004.

